Ein Beitrag zur „traumatischen Epilepsie".

Auszug aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Mediz. Fakultät der Vereinigten Friedrichs-Universität Halle—Wittenberg.

Vorgelegt von Eberhard Jüngling, prakt. Arzt, z. Zt. Bunzlau.

Die bisher übliche Bezeichnung der mit Anfällen verbundenen Folgezustände von Hirnverletzung als „traumatische Epilepsie" wird auf Grund der Kriegserfahrungen angefochten. Denn diese Erkrankung unterscheidet sich sehr von der genuinen Epilepsie mit der die erwähnte Benennung sie doch zusammenwirft. Schon die Ätiologie ist verschieden; hier als deutliche Ursache Substanzverluste und narbige Veränderungen des Hirns und seiner Umhüllungen, dort eine zur Zeit noch wenig bekannte, jedenfalls ganz andere Genese. Besonders wichtig ist aber die andere Prognose der Folgen von Hirnverletzung. Beim Epileptiker findet gewissermaßen eine Verschiebung der seelischen Grundlage statt. Stets wird dort ein mehr oder minder hoher Grad der Seelenveränderung in Richtung der Verblödung nachweisbar sein, mag es sich auch nur um geringe Ausfallserscheinungen handeln. Der Hirnverletzte dagegen zeigt mit seiner gesteigerten affektiven Ansprechbarkeit das Bild einer zwar über das gewöhnliche Maß in Schwingungen versetzten, dabei aber intellektuell völlig intakten Psyche. Gesteigerte Affektivität erscheint aber auch bei gesunden Kriegsteilnehmern als Reaktion auf die Wucht des Kriegserlebens. Da die Bezeichnung als „Epileptiker" für den Betroffenen eine schwere Schädigung im Erwerbs- wie im Familienleben bedeutet, denn er gilt dadurch als ein der Verblödung anheimfallender, nicht für voll zu nehmender Kranker, diese Einordnung der Erkrankung auch wissenschaftlich nicht unanfechtbar ist, muß eine andere, neutrale Benennung gefunden werden.

Sechs Krankengeschichten Hirnverletzter mit Anfallserscheinungen werden ausführlich, unter besonderer Beachtung des Psychischen, wiedergegeben, eine 7. nur hinsichtlich der Anfallserscheinungen kurz skizziert. Es handelt sich um 6 Kriegsverletzungen und eine Starkstromverbrennung, in 5 Fällen ist das Scheitelhirn, im 6. und 7. das Stirnhirn verletzt. Die Beobachtungszeit der sechs ausführlich dargestellten Fälle erstreckt sich über 3¾ bis 8¾ Jahre. Besonders genau ist die Krankengeschichte des Verfassers als Fall 1 berichtet. Namentlich die Fälle 1, 4 und 5 zeugen von guter Leistungsfähigkeit und Energie Hirnverletzter, Verf. studiert nach

1923

der Verwundung Medizin, Fall 4 besteht das Bergassessorexamen, der starkstromverletzte Monteur (Fall 5), der durch den Unfall auch den rechten Unterarm verlor, erwirbt große Gewandtheit im Gebrauch der linken Hand, auch in schwierigen Dingen und arbeitet sich mit gutem Erfolg in einen verantwortungsvollen mehr kaufmännischen Zweig seines Berufes ein.

Die einzelnen Krankheitssymptome werden anschließend an die Krankengeschichten eingehend besprochen und kritisch beleuchtet. Besonderes Gewicht wird hier wie bei der Erörterung der therapeutischen Möglichkeiten auf die psychogenen Erscheinungen, wie überhaupt auf das psychische Verhalten des Kranken gelegt. Hervorzuheben ist die Schwierigkeit der Unterscheidung von organisch Bedingtem und Psychogenem, da in der Ätiologie oft beide Faktoren untrennbar verknüpft sind. Diese Tatsache hat nicht selten Fehldeutungen zum Schaden des Kranken zur Folge. Auch sicher psychogene Erscheinungen sind durchaus ernst zu nehmen, da sie den Kranken genau so quälen wie die organischen, und zwar für den Augenblick unter Umständen durch günstige Beeinflussung behebbar sind, aber auf dem nicht zu beseitigenden organisch Begründeten fußend leicht wieder auftreten. Die Erklärung der Beschwerden als nur in Begehrungsvorstellungen begründet erscheint als Fehldeutung, da sie auch unter Verhältnissen, wo diese ganz zwecklos wären, auftreten. Die häufige Betonung der Störungen bei Rentenbegutachtungen entspringt eher dem Suchen des Kranken nach Befreiung von den Erscheinungen als dem Rentenbegehren. Von Rentenhysterie zu sprechen wäre um so mehr unbegründet, als auch die geschilderten Krankengeschichten die schon verschiedentlich gemachte Beobachtung, daß deutlich hysterische Züge bei Hirnverletzten selten sind, erneut bestätigen.

Unter den therapeutischen Maßnahmen ist die Psychotherapie ganz besonders wichtig. Außer der Beeinflussung der psychogenen Beschwerden muß ihr Ziel die seelische Ertüchtigung des Kranken und die Erziehung zum möglichst vollwertigen Menschen sein. Größtes Gewicht ist dabei auf die Hebung von Initiative und Selbstvertrauen durch die Einweisung in befriedigende und erfolgbringende Tätigkeit zu legen. Die dadurch erzielte Hebung der Persönlichkeitskurve ist die wirksamste Bekämpfung des oft stark hervortretenden Krankheitsgefühls und der psychogenen Erscheinungen. Zu dieser Therapie sind Ärzte erforderlich, die mit ausgedehntem Wissen hohe Persönlichkeitswerte verbinden und dem Kranken in jeder Beziehung zum treuen Berater werden können, weil er zu ihnen Vertrauen hat. Mangelndem Vertrauen entspringt die den Kranken schwer schädigende Kampfeinstellung gegenüber dem Rentenbegutachter. Der Kranke muß das Bewußtsein haben, daß man ihm mit Verständnis und in richtiger Würdigung seiner Beschwerden entgegenkommt. In Anbetracht der schwierigen Unterscheidung zwischen organisch bedingten und psychogenen Störungen und der hohen Einbuße des Hirnverletzten an Lebensgenuß erscheint großzügiges Vorgehen bei der Rentenfestsetzung geboten.

Besonderer Beachtung bedarf der seelisch verfallende Stirnhirnverletzte. Er ist weder in der Familie noch in der Irrenanstalt am richtigen Platze. Es muß in besonderen Abteilungen der von Isserlin vorgeschlagenen Hirnverletztenheime versucht werden, durch erzieherische Beeinflussung, besonders durch Anhalten zur Arbeit, den seelischen Verfall des Stirnhirnverletzten auf die direkten Folgen der organischen Veränderung zu beschränken und die ungünstige Einwirkung der Umwelt auszuschalten.

Den Schluß der Arbeit bildet folgende Zusammenfassung:

Die Bezeichnung „traumatische Epilepsie" für gewisse Folgeerscheinungen von Schädelverletzung wird abgelehnt, da die Krankheitserscheinungen die in dem Namen ausgesprochene Einordnung nicht rechtfertigen und die Bezeichnung als Epileptiker eine beträchtliche soziale Schädigung für den Kranken bedeutet.

Weil es sich bei dem Krankheitszustand nicht um direkte Folgen der Hirnverletzung sondern um die Hirnfunktionen schädigende Folgeerscheinungen der Heilungsvorgänge (Schrumpfungen, Verwachsungen usw.) handelt, wird die Bezeichnung „posttraumatische Hirnschädigung" vorgeschlagen.

Im Bilde der „posttraumatischen Hirnschädigung" können vorkommen: Den epileptischen ähnelnde Vollanfälle, Anfälle von petit mal, rudimentäre Anfälle, Migräneanfälle. Eine Fülle psychogener Erscheinungen, die aber von den organischen schwer zu trennen sind, einzelne hysterische Züge. Jede dieser Erscheinungen kann das Bild beherrschen, stark hinter anderen zurücktreten oder gänzlich fehlen. Stets vorhanden ist eine starke affektive Labilität, die sich besonders in erhöhter Reizbarkeit äußert. Die Psyche bleibt in intellektueller Hinsicht, wenigstens in den geschilderten Fällen, intakt. Eine Ausnahme davon macht der seelische Verfall nach Stirnhirnverletzung.

Therapeutische Beeinflussung ist möglich durch Operation, Lumbalpunktion, Kältebehandlung, Medikation. Versucht worden ist Röntgenbestrahlung. Ueberragend wichtig ist psychotherapeutische Einwirkung. Seelisch verfallende Stirnhirnverletzte sollen dauernd, schwer in befriedigende Bahnen zu bringende anderweitig Verletzte zeitweilig in besonderen Heimen zu günstiger Beeinflussung untergebracht werden.

Hohe, alle Beschwerden berücksichtigende Renten, seltene Nachprüfungen hinsichtlich der Rentenfestsetzung, dafür häufige Untersuchungen zwecks eingehender Beratung werden für erforderlich gehalten.

Gedruckt mit Genehmigung der Mediz. Fakultät der Universität Halle.
Ref.: Geh.-Rat Prof. Dr. Anton.